



Date: _____
Case name: _____
Case number: _____
County number: _____
Supervisor/worker number: __ / __

La traducción de cualquier material en otro idioma que está diferente de inglés sirve solamente como un conveniente para el público que no lee en inglés. Hemos intentado proveer una traducción precisa de la materia original en inglés; sin embargo, es posible que existan pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

Solicitud para Beneficios

Para uso con las Formas 08MP002S y 08MP003S

Lo que necesita hacer para comenzar:

Lea las siguientes descripciones e indique todos los programas para los cuales le gustaría aplicar. Llene esta forma o haga que alguien más le ayude a llenarla por usted.

Programa	Descripción	¿Aplicar?
Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP)	Ayuda a pagar por los alimentos. Antes conocido como Cupones para Alimentos o Estampillas para Alimentos.	<input type="checkbox"/>
Subsidio para el Cuidado Infantil	Ayuda a pagar por la guardería para que usted pueda ir a trabajar, estudiar o recibir capacitación.	<input type="checkbox"/>
Seguro (aseguranza) que cubre gastos de cuidado médico - SoonerCare (Medicaid)	Ayuda a pagar los gastos médicos de mujeres embarazadas y familias con niños.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar los gastos médicos de ancianos o personas incapacitadas.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar el costo del cuidado de ancianos, ya sea en sus hogares o en hogares de ancianos.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar las primas de Medicare partes A y B.	<input type="checkbox"/>
	Pago Suplementario del Estado (conocido como SSP por sus siglas en inglés) – proporciona un pequeño pago en efectivo a personas de bajos recursos que son individuos ciegos, tienen 65 años o más o que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (conocido como SSI por sus siglas en inglés) o pagos de Incapacidad de Seguro Social.	<input type="checkbox"/>

Programa	Descripción	¿Aplicar?
	Servicios de Planificación Familiar – ayuda a pagar los servicios de planificación familiar y los anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Ayuda a través de pagos en efectivo y servicios temporales para las familias de bajos recursos que tienen niños.	<input type="checkbox"/>
Asistencia de TANF de Corto Plazo	Este programa es de corto plazo en lugar de TANF. El programa ayuda a las familias de bajos recursos que tienen niños a mantener u obtener empleo.	<input type="checkbox"/>

Lo que tiene que hacer cuando la forma esté completa:

- Firmar la forma y llevarla, enviarla o mandarla por fax a la oficina local del OKDHS.
- Después de entregarnos esta forma, nosotros programaremos su entrevista. Durante su entrevista, le ayudaremos a completar el resto de la solicitud. También le informaremos acerca de cuáles beneficios puede recibir.

Lo que necesita traer a la entrevista:

- Comprobante de identidad, tal como una licencia de conducir o carnet estudiantil;
- Número o tarjeta de seguro social para todos los que quieren recibir beneficios;
- Comprobante de ciudadanía para todos los que quieren recibir beneficios;
- Comprobante de estatus inmigratorio legal para cualquier persona que no es ciudadano estadounidense y que quiere recibir beneficios;
- Comprobante de ingresos de todos los que viven con usted, tal como talones de cheques o cartas de verificación de beneficios gubernamentales, tales como los del Seguro Social o de desempleo;
- Comprobante de todos los recursos, tal como cuentas bancarias, títulos de carros o terreno; y
- Comprobante de su necesidad del cuidado infantil, tal como su horario laboral o escolar, y el nombre de la guardería que quiere usar.

Puede ser que le pidan a usted más información después de la entrevista. Usted tiene el derecho de negarse a proveer cualquier dato o toda la información solicitada. Sin embargo, si no nos da la información solicitada, puede ser que no le podremos ayudar.

Cuando usted pide ayuda del OKDHS, tiene el derecho de:

- recibir tratamiento igual sin considerar raza, color, edad, sexo, incapacidad, religión, creencia política u origen nacional; y
- pedir una audiencia justa, oralmente o por escrito, si usted está en desacuerdo con cualquier acción tomada en su caso. Cualquier persona que usted escoja puede representarlo/la en la audiencia.

Díganos sobre todas las personas que viven en su hogar. Comience con el encargado del hogar. Esta persona será quien recibe los pagos. Debe escoger sí o no en la sección para indicar si es ciudadano estadounidense o no para cada persona, y

luego proporcionar el número de seguro social para cada persona que quiere recibir beneficios. Si hay más de seis personas en su hogar, favor de adjuntar una hoja de papel con su información.

Persona 1. Nombre del encargado del hogar		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento		Condado de nacimiento	
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera					
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de registro de extranjero		Número del seguro social	
Estado Civil		Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Relación con persona 1 Usted mismo	
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>					
Dirección postal, Calle o Apartado Postal		Ciudad		Estado	Código Postal
Domicilio o direcciones para llegar a su casa, si es diferente a su dirección postal					
Número telefónico dónde lo/la pueden encontrar			Correo electrónico		
Persona 2. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento		Condado de nacimiento	
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera					
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de registro de extranjero		Número del seguro social	
Estado Civil		Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1	
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>					

Persona 3. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 4. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 5. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social

Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 6. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			

Si usted está solicitando para los beneficios de la salud, ¿alguien necesita el cuidado médico hoy?

Sí No Si la respuesta es sí, favor de marcar la(s) razón(es) abajo:

- acaba de salir del hospital;
- necesita medicamento(s);
- está embarazada;
- necesita ver a un doctor;
- otra razón _____

Los hogares que tendrán una decisión dentro de siete días con respecto a su solicitud para los beneficios alimenticios son:

- los hogares con menos de \$150 de ingresos mensuales y recursos líquidos de menos de \$100;
- los hogares que pagan renta o hipoteca mensual y/o servicios públicos que cuestan más de los ingresos mensuales y recursos líquidos combinados; y
- los hogares de jornaleros o trabajadores migrantes y temporeros del campo con recursos líquidos de menos de \$100.

Por favor conteste estas preguntas para ver si usted puede recibir los beneficios alimenticios dentro de siete días.

1. ¿Cuánto dinero ganó o recibirá este mes (cantidad total)? \$ _____
2. ¿Cuánto efectivo tiene usted? \$ _____
3. ¿Cuánto dinero tiene en cuentas bancarias? \$ _____
4. ¿Cuánto paga por la renta o hipoteca? \$ _____
5. ¿Tiene que pagar una cuota de calefacción o aire acondicionado donde vive? Sí No
6. ¿Usted es un jornalero o trabajador migrante y temporero del campo? Sí No

Si usted necesita el cuidado infantil:

Una vez que haya completado la solicitud y la entrevista, la fecha más temprana que podrá recibir ayuda con el cuidado infantil es la fecha en que usted traiga toda la información necesaria a la oficina local del OKDHS.

Lea esta información y firme abajo:

Le doy mi permiso al OKDHS para verificar la información que yo dispuse en esta forma para asegurar su veracidad.

Entiendo que los nombres y números del Seguro Social que proveí se usarán para obtener información de otras agencias estatales y federales.

Le doy permiso al OKDHS para compartir esta información con otras agencias.

Firma

La fecha de hoy

Por favor entregue esta forma a la recepcionista o envíela por fax o correo a la oficina local del OKDHS.

OKDHS use only:

Date form was received: _____ Date screened: _____ Screened by: _____

Is the household eligible for expedited food benefits? Yes No

Interview date: _____ Interviewed by: _____

El proceso de la información de OKDHS: El original es archivado en el registro de caso. Sobre la petición, una copia es dada al cliente.